

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N. 46

SUR QUELQUES CAS

DE

HOQUET ÉPIDÉMIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Février 1921

PAR

Lucien NIVOLLE

Né à Lécousse (Ille-et-Vilaine), le 21 Décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VEDEL, professeur, <i>président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		DUCAMP, professeur.		
		EUZIERE, agrégé.		
		RIMBAUD, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3. Rue Ferdinand-Fabre 3

1921

SUR QUELQUES CAS
DE
HOQUET ÉPIDÉMIQUE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

N 46

SUR QUELQUES CAS

DE

HOQUET ÉPIDÉMIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Février 1921

PAR

Lucien NIVOLLE

Né à Lécousse (Ille-et-Vilaine), le 21 Décembre 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{	VEDEL, professeur, <i>président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
	DUCAMP, professeur.		
	EUZIÈRE, agrégé.		
	RIMBAUD, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre. 3

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie.....	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses...	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants.....	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie...	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeur honoraire: M. E. BERTIN-SANS.

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires.....	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie.....	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	{ MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
Médecine ... }	EUZIERE.	Accouchements..	LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Histoire natur. }	DELMAS (P.)
	MARGAROT.		GALAVIELLE.
Anatomie.....	DELMAS (J.)	Chimie.....	MESTREZAT
Histologie.....	GRYNFELT	Physique.....	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM VEDEL, professeur, <i>président</i> .		MM. EUZIERE, agrégé.
DUCAMP, professeur.		RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA MÈRE

*Dont l'âme pieuse s'efforça de faire
grandir en la mienne l'amour du
Devoir et de Dieu.*

A MON PÈRE

*Qui accrût les soucis de son existence
pour assurer les besoins de la
mienne.*

*Humble hommage de la très grande
reconnaissance que leur garde mon
cœur. •*

A TOUTE MA FAMILLE

L. NIVOLLE.

A LA MÉMOIRE
DU SOUS-LIEUTENANT LOUIS BOURGALAY

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DU 30^e B^{ON} DE CHASSEURS ALPINS

Tombé à l'attaque du Linge le 20 juillet 1915

*Puisse notre pieux souvenir exprimé
dans cet humble ouvrage ajouter
encore un rayon à l'éclat de sa gloire.*

A SA MÈRE

A SON FRÈRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBIN

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
EX-CHEF DE CLINIQUE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

*Respectueux hommage de notre
profonde gratitude.*

L. NIVOLLE.

A LA MÉMOIRE DES SOLDATS ET DES CHEFS

du 41^e Régiment d'Infanterie

TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

DU MÉDECIN AUXILIAIRE SERGE-SALLE

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

Tombé devant Moronvillers aux combats d'avril 1917

*En souvenir de l'Artois, de l'Yser,
de la Champagne et de la Lor-
raine.*

A MESSIEURS LES MÉDECINS MAJORS DESSE

ET JUDET DE LA COMBE

EX-MÉDECINS-CHEFS DU 41^e RÉGIMENT D'INFANTERIE

L. NIVOLLE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

AUX PROFESSEURS AGRÉGÉS EUZIÈRE ET RIMBAUD

AUX MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

*Pendant notre vie médicale nous
ne pourrions oublier ni la vieille
Faculté ni les conseils de ses émi-
nents maîtres.*

AUX MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

Nous avons l'agréable devoir d'exprimer tout particulièrement
notre reconnaissance à :

M. LE PROFESSEUR FOLLET

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE

*Dont l'accueil fut d'une inoubliable
bienveillance à notre retour du front.*

Ainsi qu'à :

MM. LES PROFESSEURS MARQUIS ET MILLARDET

*Dont l'enseignement nous fut pro-
digé dès les premiers jours de la
Paix avec autant de dévouement que
de distinction.*

L. NIVOLLE.

SUR QUELQUES CAS

DE

HOQUET ÉPIDÉMIQUE

INTRODUCTION

Il y a quelques mois; une épidémie de hoquet est apparue en Europe; elle ne tarda pas à prendre en France une extension considérable, sévissant à Paris comme à Marseille, à Lyon comme à Montpellier. Elle attira rapidement l'attention, non seulement des médecins mais aussi du public tout entier et les grands quotidiens lui consacrèrent presque autant d'articles que les journaux médicaux. A l'heure où nous écrivons ces lignes, les cas de hoquet deviennent de plus en plus rares; à n'en pas douter, l'épidémie est sur le point de s'éteindre.

Cette question, toute d'actualité, nous a tenté. Au début de notre modeste travail, on trouvera une étude du hoquet épidémique en général. Nous publions ensuite quelques observations de singultus épidémique recueillies dans notre ville de Faculté, et mises aimablement à notre disposition par M. le professeur Euzière. Nous avons cru devoir les

tions singultueuses s'éteignirent bientôt, parallèlement d'ailleurs à l'encéphalite léthargique. Mais, il y a deux mois, de nombreux cas de hoquet survinrent à Paris, et dans toute la France. Au début de décembre, Logre et Heuyer, Sicard et Paraf, Achard et Rouillard en rapportaient de nombreuses observations devant la Société de neurologie ou la Société médicale des hôpitaux.

Enfin, le 18 décembre, Logre, dans la *Gazette des hôpitaux*, Lhermitte dans la *Presse médicale*, publiaient simultanément des articles puissamment documentés.

L'affection présente une symptomatologie uniforme, une bénignité quasi constante, une brièveté habituelle et un caractère manifestement épidémique qui lui confèrent une physionomie bien spéciale.

Elle ne frappe pas indifféremment sans distinction d'âge ni de sexe; les adultes et les hommes sont atteints presque exclusivement, et cette prédilection pour le sexe masculin, si nette qu'elle a surpris tous les observateurs, constitue à coup sûr, un des caractères les plus remarquables et les plus mystérieux de l'épidémie actuelle.

Le début peut se faire de deux façons. Dans la grande majorité des cas, au dire des auteurs parisiens, le hoquet est précédé d'une période prodromique marquée par de la céphalée, des frissons, des troubles du caractère et une légère élévation thermique, la température vespérale n'atteignant pas 38 degrés. Très souvent aussi, on note à ce moment une infection naso-pharyngienne avec coryza, enchiiffrement et toux. Deux malades de M. Sicard ont accusé des douleurs vives dans la région brachiale. Cette période de malaise n'excède pas quarante-huit heures. Mais, parfois aussi, et ces cas ne sont pas exceptionnels, le hoquet survient brusquement, en pleine santé, sans qu'aucun phénomène morbide n'ait attiré l'attention. C'est

dans le courant de la journée, souvent après l'absorption d'aliments, qu'il débute et le malade entre d'emblée dans la période d'état.

Celle-ci est caractérisée par un hoquet de rythme variable avec chaque sujet mais généralement régulier; le plus souvent le chiffre observé oscille entre 6 et 15 phrénoclonies à la minute. On a vu, dans un cas, se produire régulièrement un spasme du diaphragme toutes les deux respirations. Le singultus est à peu près incessant. Cependant, ce n'est pas là un caractère absolument constant, et il peut se renouveler par crise toutes les heures, toutes les demi-heures, mais les intervalles de repos sont toujours plus courts que les périodes de spasme. La phonation est, naturellement, troublée; la phrase prononcée par le sujet est brusquement interrompue par une inspiration spasmodique. Le hoquet gêne la déglutition mais ne l'entrave pas d'une façon absolue et les malades peuvent continuer à s'alimenter suffisamment. Souvent, il provoque des éructations, parfois même des vomissements. Secoué par les spasmes de son diaphragme, le malade ne s'endort que difficilement; le sommeil est léger, fréquemment interrompu mais il fait momentanément cesser le singultus. Pourtant Logre rapporte, sous réserves, un cas dans lequel les spasmes phréniques auraient persisté pendant le sommeil.

A chaque phrénoclonie, la paroi abdominale se laisse soulever passivement, mais (et ceci est donné par quelques auteurs, comme caractéristique du hoquet épidémique), les spasmes cloniques peuvent envahir d'autres muscles; c'est ainsi qu'on les a signalés au niveau des sterno-mastoïdiens, des muscles du cou, de la nuque, des membres et de la paroi abdominale. Plus rarement, le hoquet est associé à des contractions spasmodiques dimidiées des muscles abdominaux, en sorte qu'il semble être unilatéral. Achard,

ayant examiné, sous l'écran radioscopique, une jeune malade, a pu constater, de visu, que le spasme inspiratoire du diaphragme prédominait nettement d'un côté, le gauche en l'espèce.

Tous les auteurs s'accordent à dire que les symptômes généraux sont réduits à un minimum. On a noté un état saburral des voies digestives, une sensation pénible d'asthénie et une légère réaction fébrile: la température oscille autour de 38°. M. Netter a vu un cas s'accompagner d'une fièvre élevée. Les phénomènes psychiques sont parmi les plus constants. Il est rare que le sujet ne se préoccupe nullement de son état; péniblement impressionné par la persistance gênante du hoquet, il est presque toujours inquiet, agité, anxieux. On a même constaté un état vertigineux accompagné de confusion mentale. Le pouls ne présente pas de ralentissement et la pression artérielle s'abaisse de un degré (appareil de Pachon) au cours de la crise singultueuse.

L'affection évolue rapidement; elle dure en moyenne trois jours, très exceptionnellement plus d'une semaine. MM. Achard et Rouillard ont cependant présenté devant la Société de neurologie, une jeune fille dont le hoquet persistait depuis plus de dix jours.

C'est au cours d'un repos nocturne que le hoquet disparaît, et, si cette nuit-là le sommeil est plus profond et plus prolongé qu'à l'ordinaire, c'est que la malade n'avait guère pu dormir les jours précédents.

Le pronostic est très favorable. Le hoquet disparu, le sujet se trouve guéri; il n'y a pas de complications, pas de séquelles, pas de convalescence. M. Courtois-Suffit a vu un de ses malades mourir après quarante-huit heures de hoquet fébrile: c'est le seul cas de ce genre qui ait été signalé.

Ce hoquet est épidémique, sa diffusion suffit à le prouver sans discussion; il n'est pas de praticien qui, au cours du mois dernier, n'ait pu observer dans sa clientèle quelques hoqueteux. Est-il contagieux? De nombreux faits semblent le démontrer. Logre a rapporté l'observation d'un homme âgé de 76 ans, qui fut atteint de hoquet après que son domestique, et l'oncle de ce dernier aient été semblablement affectés. Dans un magasin parisien, il a noté la contagion chez deux camarades d'atelier. M. Rivet a observé deux cas survenus en même temps chez deux employés travaillant côte à côte dans le même bureau, deux autres cas chez le père et le fils. Sur les 3.000 agents employés à la Compagnie du Nord à Hellesmes, près Lille, M. Biérent a relevé 43 cas de hoquet. L'extrême dissémination de l'épidémie paraît due à la contagiosité de l'infection pendant la période d'incubation.

Une question se pose, intéressante et complexe: Quelle est la nature de cette épidémie singulière? Sur ce point l'accord ne s'est pas fait.

Le hoquet, avancent avec prudence Logre et Heuyer, n'est peut-être qu'une grippe à forme phrénique, « toutes réserves étant faites sur la valeur qu'il convient d'attacher à ce terme imprécis de grippe qui sert de pavillon à des affections de nature diverse », et pour corroborer leur hypothèse ils citent un cas où la contagion a paru se faire suivant le mode pulmonaire; la sœur d'un de leurs malades atteint de hoquet, présenta immédiatement des signes de congestion de la base droite avec état subfébrile. C'est vraiment trop peu pour conclure.

La plupart des médecins rattachent actuellement le hoquet épidémique à l'encéphalite léthargique, mais tous ne conçoivent pas de la même façon les rapports qui unissent ces deux affections.

Achard et Rouillard font remarquer que plusieurs spasmes respiratoires se propagent plus ou moins par irritation ou par contagion nerveuse. Le bâillement en est l'exemple le plus net. Le rire se propage à la faveur d'une disposition psychique spéciale, c'est-à-dire d'une prédisposition des centres nerveux. La toux, elle aussi se déclenche souvent sous l'influence de l'audition d'une quinte. Peut-être le virus encéphalitique crée-t-il dans les centres nerveux une aptitude particulière au hoquet qui se manifesterait alors plus aisément par irritation? Cette hypothèse n'est pas invraisemblable, elle reste improuvée.

MM. Netter, Sicard et Paraf et avec eux la presque totalité des neurologues français, soutiennent que le hoquet n'est qu'une manifestation fruste de l'encéphalite épidémique. M. Lhermitte même n'hésite pas à décrire l'affection sous le nom de « forme singultueuse de l'encéphalite léthargique ».

A l'appui de cette thèse, on peut apporter des arguments d'ordre épidémiologique et d'ordre clinique.

L'épidémie de hoquet observée à Vienne par Economo, au début de 1920, précéda de quelques semaines l'apparition des premiers cas d'encéphalite myoclonique. A Paris, en Suisse, la même succession fut remarquée. Enfin l'épidémie récente est suivie d'une recrudescence manifeste de l'encéphalite léthargique; en effet, du 5 au 17 janvier, quatre cas de névraxite (dont deux avec secousses myocloniques du diaphragme) sont entrés dans les hôpitaux montpelliérains. On ne peut pas ne pas être frappé de ces faits et il est difficile de ne voir là qu'une coïncidence fortuite.

Les arguments cliniques ne sont pas moins probants. Le singultus est une manifestation banale dans l'encéphalite myoclonique; il en est soit un phénomène prémonitoire, soit un symptôme de la période d'état. Il en caractérise, à vrai

dire, les formes graves, alors que le hoquet épidémique se fait remarquer par sa bénignité; mais ce n'est pas là une raison suffisante pour refuser aux deux affections une identité de nature. On peut observer toute une série de cas intermédiaires, véritables chaînons qui permettent de relier sans transition brusque l'encéphalite myoclonique au hoquet épidémique; ce sont, d'une part, les hoquets qui s'accompagnent de spasmes cloniques des muscles des membres, du cou, etc., et, d'autre part, les myoclonies du diaphragme sans hoquet, c'est-à-dire sans la constriction glottique, et qui sont nettement d'origine encéphalitique.

En outre, on a vu l'encéphalite évoluer chez des sujets qui avaient été en contact avec des personnes atteintes de hoquet (Gardère) et aussi hoquet épidémique et encéphalite léthargique se succéder à quelques jours de distance chez un même malade (Netter).

Pour être admise sans restrictions, il faudrait que cette hypothèse reçut du laboratoire sa confirmation définitive, mais l'affection est si bénigne qu'on hésite à pratiquer la ponction lombaire, et les malades, d'ailleurs, ne s'y soumettent pas volontiers. Aussi les résultats sont trop peu nombreux pour entraîner par eux-mêmes la conviction. Gauthier, dans un cas, a trouvé un liquide céphalo-rachidien normal au point de vue chimique et renfermant 3,2 éléments au Nageotte. Sicard et Paraf ont pratiqué deux fois la rachicentèse. Ils n'ont constaté dans le liquide céphalo-rachidien ni hyperalbuminose, ni hypercytose, mais seule une légère hyperglycorachie (0,60 de pour 1000), or, on sait que, dans l'encéphalite, on trouve constamment une élévation du taux du glucose.

Encore faut-il expliquer l'immunité du sexe féminin vis-à-vis du singultus (immunité qui ne s'observe point vis-à-

vis de l'encéphalite) et la contagiosité de l'affection beaucoup plus apparente que celle de la névraxite.

A ce double point de vue, M. Euzière a émis des hypothèses fort ingénieuses : il a remarqué que le hoquet banal est lui-même beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme, et il se demande si la raison ne doit pas en être cherchée dans les différences sexuelles des types respiratoires. La femme respire suivant le mode costo-supérieur, l'homme suivant le mode costo-inférieur et diaphragmatique ; il ne serait point étonnant que le diaphragme de celui-ci obligé de fournir un effort constant fut plus susceptible de présenter des contractions spasmodiques que le diaphragme de celle-là, naturellement plus paresseux.

Le hoquet est manifestement plus contagieux que l'encéphalite. « Nous pensons qu'il n'y a pas là un argument pour nier l'identité de nature des deux affections, et peut-être faut-il tenir compte dans la plus grande diffusion du hoquet de l'existence, et sans doute de la fréquence des cas purement névrosiques » (Euzière).

En somme, on peut admettre, sans crainte d'être taxé d'imprudence ni de légèreté, que le hoquet épidémique n'est qu'une forme bénigne et larvée de l'encéphalite léthargique.

OBSERVATIONS

Voici maintenant quatre observations inédites, toutes dues à l'obligeance de M. le professeur Enzière :

OBSERVATION PREMIÈRE

F. J., 68 ans, hospitalisé dans le service des incurables (Hôpital Général), pour ramollissement cérébral avec hémiplégie droite.

Le 17 décembre, à 8 heures du matin, sans cause occasionnelle, un hoquet tenace a débuté. Le sujet est examiné le 20 décembre. A ce moment les secousses se reproduisent en séries, de façon intermittente ; le malade présente, alternant à peu près régulièrement, une demi-heure de hoquet et une demi-heure de repos.

Les mouvements de déglutition ne font pas cesser les contractions diaphragmatiques si bien que les repas sont difficiles à prendre.

Le sommeil est gêné par le hoquet : le malade s'endort plus tardivement qu'à son habitude, mais il n'est pas réveillé dans le courant de la nuit.

Il n'y a pas de spasmes myocloniques associés. L'état général n'est touché en aucune façon. Température vespérale : 36°5.

On prescrit : sirop de codéine, 30 grammes *pro die*.

Le 24 décembre, au matin, le sujet s'est réveillé guéri. Le hoquet avait duré sept jours.

OBSERVATION II

C. L., 72 ans, hospitalisé dans le service des incurables pour sénilité.

Le 18 décembre, à 19 heures, après avoir absorbé son repas, L., qui jusque-là se portait fort bien, a présenté brusquement des contractions spasmodiques du diaphragme qui ne l'ont pas quitté depuis, et pour lesquelles il se présente à l'examen médical le 20 décembre.

Les contractions se succèdent régulièrement, toutes les dix secondes environ.

Le hoquet se suspend temporairement pendant les repas. Il gêne considérablement le sommeil, mais ne l'entrave pas de façon absolue : le malade prétend ne pas pouvoir dormir plus de quatre heures par nuit ; il serait fréquemment réveillé par des secousses de hoquet.

On ne note pas de contractions associées. L'état général est intact ; température vespérale : 36°8.

On pratique, sans succès, la compression des globes oculaires, puis celle des phréniques au devant des scalènes.

On prescrit : teinture de belladone, 2 gr. ; eau chloroformée, 60 gr.

Le hoquet persiste sans modification jusqu'au 26 décembre. Dans la nuit du 26 au 27, après avoir présenté des secousses plus fréquentes que jamais, le malade s'endort à minuit d'un sommeil lourd et prolongé. Il se réveille guéri, mais a dû, pendant quarante-huit heures, lutter contre une incessante envie de dormir.

Ces observations présentent ceci de particulièrement intéressant qu'elles ont été toutes deux recueillies à l'Hôpital Général dans le même service hospitalier. Il est vrai que ces deux sujets couchaient dans des salles différentes et, interrogés sur ce point particulier, ont affirmé ne pas être entrés en contact depuis quelque temps. Cependant, ils vivaient dans le même bâtiment, traversaient les mêmes cours et les mêmes couloirs, et il convient de voir là un exemple de contagion.

Le second cas de hoquet a débuté trente-six heures après le premier. Ce chiffre de trente-six heures peut être considéré comme représentant la durée de la période d'incubation qui, par conséquent, serait fort brève.

OBSERVATION III

X..., professeur, 45 ans.

Le 2 décembre, dans le courant de la journée, M. X... a présenté un hoquet dont la persistance l'étonne et le pousse à demander un avis médical.

Les secousses phréno-glottiques se succèdent à des intervalles irréguliers; elles sont relativement peu fréquentes. Le sommeil et l'alimentation ne sont troublés en aucune façon. Il n'y a pas de contractions associées; l'état général est indemne. Le malade, d'ailleurs, n'est nullement inquiet et, bien que son élocution soit gênée par le hoquet, il peut continuer à faire régulièrement ses cours.

Le 8 décembre, après avoir persisté durant six jours, les contractions ont cessé et ne se sont pas reproduites.

OBSERVATION IV

(Z..., avocat, 58 ans.)

C'est le 15 décembre que le hoquet débute; il est intense d'emblée. Les contractions spasmodiques du diaphragme se reproduisent rythmiquement (huit à la minute environ); elles persistent pendant les repas mais ne mettent point obstacle à l'alimentation.

M. Z... est très agacé par cette affection qu'il trouve fort gênante. Il ne peut plus dormir mais cette insomnie paraît devoir être attribuée à l'état d'énervement du sujet plutôt qu'au hoquet lui-même.

Pas de réaction fébrile.

Le quatrième jour, on fait une injection sous-cutanée de morphine de un centigramme, les spasmes disparaissent définitivement.

Ces quatre observations paraissent calquées les unes sur les autres. La symptomatologie qu'elles mentionnent est univoque; et elle diffère quelque peu de celle qui a été assignée à l'affection par les auteurs parisiens.

L'état anxieux des hoqueteux, qui pourtant serait la règle, n'a été rencontré qu'une fois (obs. IV) et encore était-il fort peu prononcé.

On n'a jamais pu noter, pour serré que fut l'interrogatoire, ces quelques jours de malaise cette rhino-pharyngite qui, pour Logre, précèdent en général l'apparition des contractions diaphragmatiques. De même, chez ces malades, le hoquet ne s'est accompagné d'aucun trouble de l'état général, d'aucune réaction fébrile, ni même subfébrile.

L'affection, dit Lhermitte, a une durée moyenne de trois jours. Elle s'est montrée plus tenace dans les cas que nous

rapportons. Elle a duré, en effet, respectivement, quatre, six, sept et neuf jours. Remarquons enfin que jamais il n'a été observé de spasmes cloniques associés; toujours la contraction du diaphragme et celle de la glotte se sont produites seules.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de hoquet s'impose; la constatation de la contraction synchrone du diaphragme et des constricteurs de la glotte suffit à l'établir et on n'aura aucune chance de confondre le singultus avec les myoclonies isolées du diaphragme.

Plus difficile est le diagnostic de nature. Le hoquet peut être infectieux ou purement névrosique et les éléments de différenciation sont minimes. On s'en convaincra par la lecture de l'observation qui suit:

OBSERVATION V

J. R..., 54 ans. Hospitalisé dans le service des incurables pour amputation de cuisse consécutive à une gangrène par artérite oblitérante.

Le 5 décembre, à la suite d'une émotion pénible, un hoquet débute qui persiste encore le 17 décembre, jour où le malade vient consulter.

Ce hoquet présente un rythme irrégulier, très variable d'un moment à l'autre (3 à 9 secousses par minute), mais il est à peu près incessant; seuls les mouvements de déglutition et le sommeil le suspendent momentanément. Le repos, d'ailleurs, n'est nullement troublé et le malade s'endort à son heure habituelle.

L'appétit est conservé et l'état général n'est touché en aucune façon. Pas la moindre élévation thermique. Température vespérale: 36°2.

J. R... paraît être névropathe à un haut degré; il raconte son histoire en employant des termes techniques déformés; il dit par exemple que « les contradictions spasmodiques du diaphragme provoquent des éractions ». Ses réflexes tendineux sont vifs.

On prescrit: bromure de potassium, 4 gr. *pro die*.

Le hoquet persiste sans modification quelques jours encore. Le 20 décembre, à son réveil le malade constate la disparition des secousses diaphragmatiques; elles n'ont plus reparu depuis. L'affection avait duré quinze jours.

Il reconnaît avoir lu, il y a peu de jours; dans un quotidien régional, un article sur le hoquet épidémique.

Ce cas, observé dans le service des incurables, en plein foyer épidémique par conséquent, ressemble singulièrement à ceux que nous avons publiés plus haut et pouvant, à première vue, donner le change. La durée prolongée du hoquet fut le seul symptôme anormal susceptible de faire naître des doutes.

La façon dont se comportait le sujet, son langage pompeux, le plaisir qu'il prenait à raconter son histoire, ont vite permis d'éliminer la nature organique de son hoquet; mais il y a là simplement une impression et non pas constatation de signes objectifs.

Comme éléments de diagnostic différentiel Logre indique la réaction fébrile qui accompagne le hoquet épidémique, les contractions associées et les secousses limitées à une moitié du diaphragme. Mais, de ces phénomènes, aucun n'a été observé dans les quatre cas pourtant authentiques précédemment rapportés; ils sont trop inconstants pour qu'on puisse en tenir compte en quoique ce soit.

Quant à la notion épidémiologique, elle nous paraît plutôt susceptible de fausser le diagnostic, et, à coup sûr, elle a dû faire, au cours des mois derniers considérer comme infectieux bon nombre de hoquets névropathiques.

En somme il est bien difficile de fixer le critérium qui permettrait de distinguer le hoquet épidémique du hoquet hystérique. Ce n'est pas à dire que le diagnostic soit impossible, mais il est surtout affaire de sens clinique.

TRAITEMENT

L'affection qui nous occupe s'est montrée généralement rebelle à toute thérapeutique : c'est là une de ses caractéristiques.

Ne possédant pas, et pour cause, vis-à-vis du singultus épidémique une médication étiologique, on a dû se borner à essayer un traitement symptomatique.

Il existe toute une série de petits moyens empiriques qui réussissent souvent dans le hoquet psycho-névropathique et qui se sont révélés constamment inefficaces au cours de l'épidémie actuelle ; par exemple : suspendre la respiration pendant le plus long temps possible, exécuter une série de mouvements respiratoires profonds et rapides, ou encore absorber à petites gorgées de l'eau ou très froide, ou très chaude et pratiquer après chaque mouvement de déglutition, une inspiration lente et profonde.

Par la lecture des observations que nous publions, on peut se rendre compte que l'eau chloroformée, la teinture de belladone, le sirop de codéine, la compression des globes oculaires, celle des phréniques entre les deux chefs des sterno-mastoïdiens n'ont paru abrégé en rien la durée de la maladie.

D'autres auteurs ont sans plus de succès fait appel à la cocaïne, au camphre, à l'atropine, au menthol. M. Sicard croit, dans quelques cas, avoir abrégé et atténué la crise en

pratiquant des tractions rythmées de la langue, en provoquant la distension de l'œsophage par de grosses boulettes de pain dégluties, en appliquant sur le phrénique cervical des sachets de glace. Il reconnaît d'ailleurs, que les résultats obtenus n'ont pas été constants.

Dans un cas (obs. IV) une piqûre de morphine a paru amener la disparition immédiate des secousses; cependant M. Logre a vainement employé l'extrait d'opium à hautes doses.

Il semble bien que, le plus souvent, le hoquet évolue jusqu'au bout sans se soucier des moyens thérapeutiques qu'on essaye de lui opposer.

CONCLUSIONS

I. — Le hoquet épidémique est une maladie infectieuse et contagieuse qui paraît être de même nature que l'encéphalite léthargique.

II. — C'est une affection dont la symptomatologie est à peu près univoque, l'évolution rapide, le pronostic bénin.

III. — Elle doit être différenciée du hoquet névrosique, mais les éléments de ce diagnostic sont impossibles à formuler d'une façon précise : c'est affaire d'impression clinique.

IV. — Le traitement, purement symptomatique, s'est presque toujours montré inefficace.

BIBLIOGRAPHIE

- ECONOMO (C.). — Considérations sur l'épidémiologie de l'encéphalite léthargique et ses différentes formes. *Archives suisses de neurologie*, vol. VI, fasc. 2, p. 276.
- DUFOUR (H.). — Le hoquet épidémique. Soc. méd. des hôp., 30 janvier 1920 et février 1920.
- BÉNARD (R.). — Les formes légères et les formes frustes de l'encéphalite léthargique. Soc. méd. des hôp., 20 févr. 1920.
- GAUTIER, de Genève. — Le hoquet épidémique. *Revue médicale de la Suisse romande*, mai 1920.
- STAEHLIN, de Bâle. — Encephalitis epidemica. *Vortrag auf der Wanderkurs Südwestdent. Neurolog. Irrenärzte*, Baden-Baden, juin 1920.
- GERSTMANN. — *Wien. Klin. Woch.*, n° 3, p. 165, 1920.
- DUNITZ. — *Wien. Klin. Woch.*, n° 33, p. 163 et 180, 1920.
- LOGRE et HÉUYER. — Sur quelques cas de hoquet paraissant épidémique. Soc. de neurologie, 2 déc. 1920.
- Le hoquet épidémique. *Gazette des hôpitaux*, 18 déc. 1920.
- SICARD et PARAF. — Le hoquet épidémique. Soc. de neurologie, 2 déc. 1920; Soc. méd. des hôp., 3 déc. 1920.
- NETTER. — Soc. méd. des hôp., 3 déc. 1920 et 21 janv. 1921.
- COURTOIS-SUFFIT. — Soc. méd. des hôp., 3 déc. 1920.

- ACHARD et ROUILLARD. — Hoquet épidémique. Soc. méd. d. hôp., 10 déc. 1920.
- RIVET. — Soc. méd. des hôp., 10 déc. 1920.
- LAFOSSE. — Quinze cas de hoquet persistant. Soc. méd. des hôp., 17 déc. 1920.
- LHERMITTE. — Le hoquet épidémique; forme singultueuse de l'encéphalite épidémique. *Presse médicale*, 18 déc. 1920.
- EUZIÈRE et SIMÉON. — Sur une petite épidémie hospitalière de hoquet. *Languedoc médical*, 10 janvier 1921.
- CADÉ et DUMOLLARD. — Quelques cas de hoquet épidémique. Société médicale des hôpitaux de Lyon, 11 janvier 1921.
- RIVET et LIPSCHITZ. — Un cas de hoquet épidémique suivi d'encéphalite léthargique. Soc. méd. des hôp., 14 janvier 1921.
- GARDÈRE. — Hoquet épidémique et encéphalite léthargique. Soc. méd. des hôp. de Lyon, 18 janvier 1921.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 11 février 1921.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université.
J. VIANEY.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 10 février 1921
Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
